

TRAITEMENT MÉDICAL
DE L'ULCÈRE SIMPLE
GASTRO DUODENAL
INDICATIONS CHIRURGICALES

THÈSE

présentée et publiquement soutenue
devant la faculté de Montpellier, le 29 Juillet 1942

par

Jean HEYRAUD

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Examineurs de la thèse	{	MM. BAUMEL, professeur, <i>président</i> BOULET professeur MOURGUE-MOLINES agrégé ROUX agrégé	{	<i>assesseurs</i>
---------------------------	---	--	---	-------------------

NIMES

IMPRIMERIE CHASTANIER FRÈRES ET ALMÉRAS
12, Rue Pradier, 12
1942

TRAITEMENT MÉDICAL DE L'ULCÈRE
SIMPLE GASTRO DUODENAL

INDICATIONS CHIRURGICALES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

TRAITEMENT MÉDICAL DE L'ULCÈRE SIMPLE GASTRO DUODENAL

INDICATIONS CHIRURGICALES

THÈSE

présentée et publiquement soutenue
devant la faculté de Montpellier, le 29 Juillet 1942

par

Jean HEYRAUD

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Examineurs de la thèse	{	MM. BAUMEL, professeur, <i>président</i> BOULET professeur MOURGUE-MOLINES agrégé ROUX agrégé	{	<i>assesseurs</i>
---------------------------	---	--	---	-------------------

NIMES

IMPRIMERIE CHASTANIER FRÈRES ET ALMÉRAS
12, Rue Pradier, 12
1942

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Chaires :	
Anatomie	MM. J. DELMAS.
Histologie	TURCHINI.
Physiologie.	HEDON.
Chimie biologique médicale et toxicologie.	CRISTOL.
Physique médicale.	PECH.
Anatomie pathologique et médéc. expériment.	BAUMEL.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES.
Thérapeutique et matière médicale	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Patnol gie médic. et clin. propédeutique	BOULET.
Clinique médicale	L. RIMBAUD.
Clinique chirurgicale	GIRAUD, doyen
Clinique obstétricale	MASSABUAU, assesseur.
Clinique des maladies ment. et nerveuses.	RICHE.
Clinique des malad. des enf. et hyg. du 1 ^{er} âge.	P. DELMAS.
Clinique de dermato-syphiligraphie	EUZIERE, doyen hon.
Clinique chirurgic. infantile et orthopédie.	BOUDET.
Clinique des maladies des voies urinaires.	MARGAROT.
Clinique gynécologique	ETIENNE.
Clinique ophtalmologique	JEANBRAU.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale.	LAPEYRE.
	DEJEAN.
	TERRACOL.
Charges de cours :	
Anatomie	LAUX.
Histologie	GRANEL.
Radiologie	LAMARQUE.
Propédeutique chirurgicale	AIMES.

Professeurs honoraires

MM. TEDENAT, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS, CABANNES,
GALAVIELLE, VIRE, BOSC, VILLARD, GRYNFELT.

Chargés d'enseignements complémentaires

MM.		MM.	
Chimie.....	MONNIER, agrégé.	Clinique de la tuber- culose.....	VIDAL, professeur.
Microbiologie.....	CARRERE, agrégé	Pathologie chir.....	MOURGUE-
Histoire nat. médic.	HARANT, agrégé.	— — — — —	MOLINES, agr.
Pharmacologie.....	HARANT, agrégé.	Chirurgie expérim.	TRUC, agrégé.
Pathologie médicale	BOUCOMONT, agr.	Médecine opérat.....	GUIBAL, agrégé.
— — — — —	BERT, agrégé.	Accouchements.....	ROUX, agrégé.
Propédeutique méd.	P. RIMBAUD, agr.	— — — — —	CADERAS
Clinique interne	PUECH, professeur	Stomatologie.....	DE KERLEAU, agr.
Clinique des malad. contagieuses.....	JANBON, professeur.		N...

Agrégés en exercice

MM.		MM.	
Médecine.....	P. RIMBAUD.	Chirurgie.....	MOURGUE-
— — — — —	BOUCOMONT.	— — — — —	MOLINES.
— — — — —	BERT.	— — — — —	GUIBAL.
— — — — —	LAFON, chargé d'agr.	— — — — —	ROUX.
Chimie.....	MONNIER.	Urologie.....	TRUC.
Bactériologie.....	CARRERE.	Accouchements.....	CADERAS
Histoire nat. médic.	HARANT.		DE KERLEAU,

Examineurs de la thèse

MM. BAUMEL, professeur. président
BOULET, professeur.

MOURGUE-MOLINES, agrégé.
ROUX, agrégé.



A LA MEMOIRE DE MON PERE

Le Médecin Major HEYRAUD Jean,
Mort pour la France à Salonique, le 17 octobre 1918

A MA MERE

A qui je dois tout. Bien faible témoignage de ma profonde affection et de ma très grande reconnaissance pour sa vie de sacrifices.

AUX FAMILLES BUNZ MEYER
ET GUIZOL

A TOUS MES AMIS

*Qui se savent nommés dans
mon cœur.*

A MES CAMARADES DES SERVICES DE SANTE
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
et en particulier à Pierre DUBOURG, tué à l'ennemi
en juin 1940

AU 177^e BATAILLON DU 6^e GENIE
et plus spécialement à la 2^e Compagnie

A MES MAITRES de l'ECOLE ANNEXE
DE ROCHEFORT-SUR-MER

A MES MAITRES DES FACULTES ET HOPITAUX
DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR WANGERMEZ

Professeur de Physique Médicale et Pharmaceutique
Chef adjoint du Service de Radiothérapie
et de Curiethérapie du Centre anticancéreux

*Qui m'accueillit avec tant de
sympathie et qui m'initia au
difficile travail du laboratoire.*

A MES MAITRES DES FACULTES ET HOPITAUX
DE MONTPELLIER

A MES JUGES

A MONSIEUR LE MEDECIN GENERAL SOLCARD

Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes Coloniales
Associé National de l'Académie de Chirurgie
Officier de la Légion d'Honneur
Croix de guerre

A MONSIEUR LE MEDECIN EN CHEF
DE PREMIERE CLASSE VARACHE

Sous-Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes Coloniales
Officier de la Légion d'Honneur
Médaille Militaire
Croix de guerre

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUMEL

Professeur d'Anatomie Pathologique
et de Médecine expérimentale

Chef du Service de gastro-entérologie de la XVI^e Région

Chevalier de la Légion d'Honneur

Croix de guerre 1914-1918

*Qui nous a inspiré ce travail,
qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de notre vive gra-
titude tant pour l'aide qu'il
nous a apportée que pour l'ac-
cueil bienveillant qu'il nous a
toujours témoigné.*

*Qu'il soit en particulier re-
mercié d'avoir bien voulu nous
confier les épreuves de « La
Pratique Gastro-entérologique »
que les événements laissent en-
core sous presse et dans la-
quelle nous avons largement
puisé.*

cavité péritonéale, soit vers le parenchyme d'un organe voisin. De nature infectieuse, l'ulcère est entretenue par une infection chronique qui siège parfois à distance (focal infection).

Sa symptomatologie en fait une maladie à eclipse caractérisée par des poussées paroxystiques qui surviennent sans cause apparente et sont caractérisées par des douleurs quotidiennes rythmées par l'alimentation. Ces douleurs peuvent être tardives, semi-tardives, précoces, elles se groupent par périodes de crises de 15 jours à trois mois, et réapparaissent dans ce laps de temps chaque jour avec les mêmes caractères et à la même heure. Ces qualités de la douleur peuvent varier d'une crise à l'autre. Les périodes de crise sont entrecoupées de période de calme absolu presque toujours plus longues, au début de la maladie tout au moins, que les périodes paroxystiques...»

INTRODUCTION

Actuellement, tous les auteurs sont d'accord pour accepter la guérison possible de l'ulcère. La clinique et le grand nombre de cicatrices dévoilées à l'autopsie et dans la salle d'opération le démontrent. C'est ce qui a permis tous les espoirs de succès aux différents traitements proposés. Mais l'ulcère étant une maladie qui évolue par crises plus ou moins espacées et chaque crise étant curable spontanément, on doit avant de juger l'efficacité d'un traitement attendre au moins deux ou trois ans et avoir pendant cette période un silence absolu. Pour GUTMANN, la cicatrisation n'est pas la guérison et il opine qu'elle fait partie du cycle évolutif de l'ulcère. Pour cet auteur : l'épisode et non la maladie a pris fin au moment de la formation de la cicatrice. Nous le voulons bien, mais comme malgré tout, il nous faut un test de guérison, nous supposons avoir obtenu des résultats satisfaisants lorsque le malade a cessé de présenter des signes subjectifs et objectifs pendant un laps de temps de plusieurs années. •

Pour juger de l'action d'un traitement nous étudions les fonctions sensitives, sécrétoires et motrices de l'estomac. Toutefois nous sommes prudents dans l'examen du test douloureux, les douleurs disparaissant souvent spontanément après une évolution plus ou moins longue. Le chimisme gastrique nous donne également des indications utiles. Mais on s'adresse surtout aux radiographies

en série de l'estomac après remplissage baryté, à l'examen des plis de la muqueuse, à la gastroscopie qui constituent le contrôle de choix. On tient compte enfin de l'amélioration des troubles cliniques : vomissements, renvois, régurgitations et des effets de la médication sur l'état général.

HISTORIQUE

On a employé bien des noms pour désigner cette maladie : ulcère chronique (CRUVEILHIER), ulcère perforant (ROKITANSKY), ulcère rond (NIEMEYER), ulcère de l'estomac (BRINTON), gastrite ulcéreuse (VALLEIX), faisant ainsi allusion à des caractères qui manquent parfois ou qui sont très peu précis, aussi le terme qui a subsisté est-il celui d'ulcère simple adopté par CRUVEILHIER. Cependant actuellement on tend plutôt à parler d'une maladie ulcéreuse faisant ainsi allusion à la maladie peut-être générale dont l'ulcère gastro-duodénal serait la manifestation la plus évidente.

Depuis longtemps on a cherché à percer à jour la cause des douleurs gastriques périodiques, mais il faut attendre JOHAN BAUHIN, au xvi^e siècle pour avoir une des premières observations d'ulcus. Peu à peu, toutes les modalités de la maladie furent décrites. Cependant en 1824, ABERCROMBIE confondait encore entre eux les symptômes du cancer et ceux d'ulcère simple. Et, l'honneur d'avoir nettement séparé ces deux maladies revient au Français CRUVEILHIER. Il donne en 1830, la première description complète de l'ulcus, non seulement clinique mais aussi anatomo-pathologique, en montre la curabilité et précise le traitement. Quelques années plus tard, ROKITANSKY établit la même distinction et en communique une étude très fournie qui est restée longtemps classi-

que en Allemagne. Par la suite des travaux multiples ont été publiés à tous les points de vue : anatomo-pathologiques, cliniques, étiologiques, pathogéniques.

TRAITEMENT MÉDICAL DE L'ULCÈRE SIMPLE CASTRO DUODENAL

Le traitement sera envisagé à la période d'état c'est-à-dire pendant la crise ulcéreuse, puisque le traitement à la période d'accalmie consiste surtout, en un régime sans ou avec peu d'excitants et en la prolongation du traitement de fond institué lors de la crise.

Traitement pendant la période de poussée :

Un traitement pour être retenu doit d'une part, calmer les principaux phénomènes : douleurs, vomissements, gastrorragies, et d'autre part, mettre l'ulcère dans les meilleures conditions pour qu'il puisse se cicatriser. Nous envisagerons successivement les traitements médicaux classiques : régimes, antispasmodiques, antiacides ; les médications diverses : organo thérapie : proteinothérapie, opothérapie, ainsi que la méthode employée par Monsieur le Professeur BAUMEL en indiquant les résultats obtenus.

I. — Traitement classique.

1) Régimes.

CRUVEILHIER pensant que le meilleur traitement de l'ulcus gastrique est le repos de l'organe il recommande le régime lacté exclusif avec suppression de tous les médicaments. A sa suite on préconise la mise de l'estomac au repos alimentaire. De nombreux régimes naissent alors. Les plus connus sont les suivants :

Régime de Sénator : actuellement abandonné.

Régime de Lenhartz : à base de lait et d'œufs amenant le malade à reprendre une alimentation normale vers le septième jour.

Régime de Coleman : basé sur le beurre et l'huile d'olive ; l'hydratation du malade se faisant au moyen de lavements glucosés et salés.

Régime de Sippy : multiplie les repas et fait du lait et de la crème la base de l'alimentation, en outre, il se complète d'une cure alcaline.

Régime de Jakowsky : proscriit le régime lacté et ordonne le blanc d'œuf et les graisses (beurre, crème, huile) arrivant après un certain temps aux différentes soupes.

Régime de Smithies, de Chicago : préconise le repos au lit et la diète pendant les premiers jours, le malade ne recevant que des lavements de sérum glucosé légèrement alcoolisé. Les repas commencent après 8 jours et sont composés de purées de pommes de terre, de lait et d'œufs, pas d'alcalins.

Et, pour parfaire le repos physiologique de l'organe que l'on veut total, WILLIAMS, le premier, en 1874 ordonne la diète buccale absolue la compensant par l'alimentation rectale et par des injections hypodermiques de sérum chloruré. Dans le même but EINHORN, en Amérique, et le Professeur DAMADE, à Bordeaux, préconisent l'alimentation par la sonde duodénale, laissée en place trois ou quatre semaines, le malade recevant par cette sonde des bouillies lactées.

Mais, actuellement en dehors des cas aigus, hémorragiques, tous les cliniciens ne sont pas d'accord avec cette notion de diète et nombreux auteurs n'admettent pas un régime trop exclusif. Ils ne font coucher leurs malades, et n'appliquent un régime que dans des cas extrêmement aigus ou lors d'hémorragies. Pour les autres, ils ne font pas un régime systématique et exclusif. Ils prescrivent des aliments peu irritants, de digestion facile, en quantité suffisante, quitte à supprimer un aliment mal toléré. Monsieur le Professeur BAUMEL à moins de contre-indication spéciale prescrit chez les ulcéreux : le régime dyspeptique banal en supprimant de ce dernier tous les aliments ou condiments acides et surtout les laits caillés, le jus de citron, les épices, le vinaigre, la moutarde, le poivre, et il ajoute dans sa prescription diététique la mention : « régime aussi peu salé que possible » pour ne pas introduire dans la cavité gastrique des chlorures susceptibles de se transformer en acide chlorhydrique.

Cet auteur autorise les aliments suivants :

Potages : au bouillon de légumes ou au lait, aux purées de légumes secs, avec crème de riz, d'orge, d'avoine, de maïs, de tapioca, semoule, pâtes.

Potages épais et bien cuits pendant 3/4 d'heure, à feu doux.

Œufs : sous toutes les formes.

viandes roties, braisées, grillées, bœuf, veau, mouton, agneau.

volailles, maigre de jambon cuit ou cru, ris de veau, cervelle.

Poissons : maigres, frais, à chair tendre, cuit à l'eau avec beurre frais, si frits enlever la peau.

Légumes : frais, à l'eau, au sel ou braisés, bien cuits, passés au tamis ou en branches, secs, passés ou en purée.

Pommes de terre : à l'anglaise, au four, en purée.

Pâtes alimentaires : riz, à l'eau, au lait, au jus.

Huile non cuite : beurre non cuit, sur table pour mettre à volonté dans l'assiette.

Fromages : frais, Suisse, Gervais, Hollande, Gruyère, Cantal.

Fruits : tendres, crus et bien mûrs.

Pain : rassi, en flûtes minces, ou coupé en tranches, peu épaisses passées au four, bien dorées, biscottes.

Eau : vineuse, pure, infusions.

Mais ne donne jamais : fritures, graisses cuites, sauces, condiments.

Poissons gras : maquereau, thon, saumon, hareng, anguille.

Viandes grasses : oie, canard, pigeon.

Lait fermenté : Yoghourt, kephyr.

Fruits durs : poires, pommes, cerises ; fruits gras : amandes, noix, noisettes.

Fromages fermentés : Roquefort, camembert.

Vin, alcool, sous toutes ses formes.

Si l'ulcère présente des complications telles que des sténoses, des hémorragies, on institue la diététique spéciale commandée par ces états.

2) Antispasmodiques.

On a démontré l'existence habituelle du spasme pylorique quelque soit la localisation de l'ulcère. Ce spasme

qui pensait-on jouait un grand rôle dans la production des douleurs, contribuait en outre à l'entretien de l'ulcère par la rétention et l'hypersécrétion consécutive ou concomitante. D'où la place importante que l'on donnait autrefois au traitement antispasmodique dans la thérapeutique de cette affection. Actuellement, on pense que la cause primordiale des douleurs et surtout des sténoses paroxystiques réside à peu près essentiellement dans l'œdème inflammatoire. Cependant on administre encore lorsqu'on soupçonne des spasmes importants surajoutés la teinture de belladone ou le sulfate neutre d'atropine.

Teinture de Belladone : employée le plus souvent.

Teinture de belladone : 20 à 30 gouttes par 24 heures. Prendre progressivement une demi heure avant les deux principaux repas dans un peu d'eau de 6 à 15 gouttes de teinture. Commencer par 6 gouttes, augmenter de 1 goutte par repas jusqu'à 15 gouttes. Ne jamais cesser brusquement le traitement même si les douleurs ont complètement disparu.

Sulfate neutre d'atropine : action très rapide, mais l'emploi ne peut pas être continué très longtemps. Prescrit par doses progressives ou dégressives. Le premier jour une demi ampoule de un demi milligramme, une ampoule le deuxième jour et ainsi de suite jusqu'à deux milligrammes, puis on redescend. On a intérêt à pratiquer une injection le matin et une autre le soir. On a également employé d'autres antispasmodiques de nature très différente tels que : l'huile d'olive pure, le chlorydrate de papavérine, la ciguë, le borate de soude en solution à 10 %.

3) *Alcalinisation.*

L'hyperchlorydrie étant pensait-on un des symptômes les plus marquants de l'ulcus gastrique, il n'est pas étonnant qu'on ait pensé depuis longtemps à neutraliser cette acidité exagérée. Le *bicarbonate de soude* est l'alcalin le plus anciennement employé et le plus connu. C'est aussi pour certains auteurs le plus dangereux à cause de l'hypersécrétion réflexe qu'il provoquerait. On le prescrit à doses massives ou à doses fractionnées jusqu'à 20 grammes par 24 heures. L'action alcaline est surtout l'apanage des doses fortes, les doses fractionnées prises à jeun étant plutôt eupeptiques. SOUPAULT le préconise toujours associé, et à petites doses séparées :

Toutes les heures, puis toutes les 2 heures et toutes les 3 heures absorber alternativement l'un des paquets suivants :

Bicarbonate de soude	{	â â 0 gr. 50
Craie préparée		
magnésie calcinée et de	{	â â 0 gr. 50
sous nitrate de bismuth		

Outre cette éventuelle hyperacidité réflexe, le bicarbonate en raison de son accoutumance nécessitant une élévation des doses, causerait chez certains malades des phénomènes de cystite, de distension de l'estomac, de la diarrhée. D'où le remplacement actuel du bicarbonate par les alcalinoterreux : l'eau de chaux, la magnésie calcinée, les phosphates ammoniaco-magnésiens et tribasiques. GREENWALD recommande le phosphate tribasique de chaux ou de magnésie à la dose de 1 à 6 grammes, trois fois par jour, après les repas. MACLEAU ordonne, en pleine crise, le repos au lit et l'alcalinisation

continuée réalisée par l'ingestion du mélange suivant :

{	Carbonate de magnésie lourde	{	à à 100 grammes
	Carbonate de bismuth		
	Bicarbonate de soude		50 grammes

Prendre dans un peu d'eau ou de lait une cuillerée à café de ce mélange toutes les deux heures. Les douleurs doivent disparaître en deux jours, si elles réapparaissent entre les prises régulières, rapprocher ces prises en multipliant leur nombre. Si la médication provoque de la diarrhée on augmente la proportion de carbonate de bismuth et on réduit celle de magnésie. On diminue graduellement la quantité des poudres alcalines, on arrive en trois semaines à trois doses quotidiennes sans compter celle du soir. On maintient encore trois semaines, puis on réduit à deux prises. Finalement on supprime la prise de la journée pour rester à une seule : celle du soir qui doit être continuée pendant des mois ou indéfiniment. Au moindre symptôme on reprend le traitement complet pendant quelques jours.

4) *Pansements gastriques.*

Les alcalins ne suffisent pas toujours à calmer les douleurs, car la crise gastrique est non seulement fonction de l'hyperacidité mais aussi du contact des aliments sur la région ulcérée de la muqueuse. Par suite on a été amené à employer des substances qui par leur action préservent l'ulcération de toute nouvelle irritation. Les poudres inertes semblant répondre à ces conditions ont été employées depuis fort longtemps. On employait jadis la terre sigillée ou kaolin. Actuellement encore la médecine populaire prescrit le blanc d'Espagne,

Mais le médicament le plus actif et le plus employé est le bismuth. Il a été employé pour la première fois en Allemagne sous la forme de sous nitrate par FLEINER sur les indications de son maître KUSSMAUL, qui le porte dans l'estomac par la sonde. HAYEM l'introduit chez nous. Il le prescrit par prise unique le matin à jeun. Le malade se couche ensuite 1/4 d'heure sur le côté droit puis sur le côté gauche, sur le ventre et sûr le dos. Ces différents changements de position ayant pour but l'étalement du médicament à la surface de la muqueuse gastrique. Mais le sous nitrate de bismuth pouvant provoquer à hautes doses des accidents graves dus à la formation de nitrites dans l'intestin, LION préconise l'emploi d'un sous azotate neutre de bismuth spécialement préparé, HURST introduit le carbonate de bismuth. Monsieur le Professeur BAUMEL emploie soit le sous nitrate, soit le carbonate de bismuth à la dose de 10 à 20 grammes par jour en interrompant de temps en temps les cures bismuthées. Il prescrit : sous nitrate ou carbonate de bismuth chimiquement pur pour absorption buccale : 150 grammes.

Une cuillerée à café dans un peu d'eau, petit déjeuner, midi et sept heures. Pendant 10 jours. Se reposer 10 jours et recommencer. A cette dose le bismuth ne constipe généralement pas. Pour éviter cet inconvénient possible chez certains malades, cet auteur le fait absorber sous forme de bismullium. Dans cette préparation, le sous nitrate de bismuth englobe les graines de psyllium. Malheureusement le bismuth est un médicament cher, aussi on a essayé de lui trouver quelques remplaçants. On proposa tour à tour et on emploie encore le Kaolin, le talc, chacun de ces médicaments étant ordonné

dans les mêmes conditions et aux mêmes doses que le bismuth. Mais aucun n'ayant des propriétés sédatives et antiseptiques aussi marquées, HAYEM et LION préconisent les mélanges de bismuth et de kaolin :

} Bismuth (sous nitrate ou carbonate) 1 partie
} Kaolin (sous nitrate ou carbonate) 3 parties.

On a aussi essayé des mélanges divers tels que :

bismuth	}	à égalité
talc		
kaolin		

LOEPER a prescrit le borate de soude dont l'action serait multiple : topique, alcalinisante, antiseptique, sédative.

Borate de soude	}	à à 10 grammes
Citrate de soude		
Eau		200 grammes

Une à trois cuillerées à soupe au milieu de chaque repas.

Mais ces différentes médications n'empêchant pas le retour de l'ulcère, les cliniciens s'orientent vers d'autres procédés, cherchant toujours à obtenir des résultats définitifs. C'est ainsi que sont essayés avec des résultats plus ou moins heureux :

La radiothérapie profonde à doses moyennes (HOLZKNECHT).

La diathermie du sympathique cervical (GROT et EGOROF).

la mucine (FOGELSON et VAUZAUD ; RIVERS et ESSEX).

La Vaccinothérapie et de façon plus générale :

La protéinothérapie et ses nombreuses méthodes, qui naît avec l'introduction de la notion infectieuse dans la nature de l'ulcère.

II. — Protéinothérapie.

1) *Aminothérapie.*

WEISS et ARON de Strasbourg attribuent l'ulcère à une carence de l'organisme en acides aminés dont il ne peut lui-même effectuer la synthèse. Dès 1933 ces professeurs ont montré l'efficacité de l'action de l'Histidine sur l'évolution des ulcères, tant expérimentalement que cliniquement. « L'ulcère serait la résultante locale d'un trouble profond du métabolisme », et les injections d'histidine empêchent chez le chien la production de l'ulcère expérimental. Passant du laboratoire à la clinique, ces auteurs traitent avec succès de nombreux malades par des injections intra-musculaires d'histidine. Depuis, de nombreux travaux ont confirmé ou infirmé les résultats. En France, les principaux partisans de la méthode furent : STOLZ, BAUER, DESPLAT, LENORMAND, CASTAIGNE, CHAUMERLIAC, VASSELLE, LOEPER, COSTA, GIRAULT, ETIENNE, LACROIX, SABRAZES...

L'histidine est utilisée en thérapeutique sous forme de chlorhydrate en solution aqueuse à 4 %. ARON préconise la technique suivante :

Une cure d'attaque de 3 semaines comportant une injection quotidienne sous cutanée d'une ampoule de 5 cc. Cette cure d'attaque est suivie de trois cures de 12 injections espacées de 2 à 3 mois pour renforcer les résultats et éviter les récives. Il conseille même une cure de 6 à 12 injections aux opérés ou à ceux qui vont l'être.

LENORMAND prescrit la voie intradermique par série de 20 injections à la dose journalière de 1/2cc de la solution à 4 0/0.

D'après WEISS et ARON on noterait une amélioration rapide et nette des différents troubles : évacuation, douleurs ; et l'état général serait rapidement relevé. Ces auteurs obtiendraient 85 % de cas favorables avec disparition complète des douleurs sans récédive. Dans les autres cas l'histidine enrayerait la crise et les nouvelles poussées évolutives seraient moins longues. Cependant on doit noter que les améliorations organiques sont loin d'être constantes. On trouve quatre résultats nuls dans la statistique de ARON et BAILLET, LENORMAND, DESPLATS, CASTAIGNE, ont des résultats négatifs.

2) *Pepsine* introduite par le Professeur LOEPER qui emploie une méthode relevant à la fois de la protéinothérapie et de l'endocrinothérapie. Elle emploie en effet, la pepsine : colloïde positif et spécifique. Par sa qualité de colloïde positif elle est susceptible de remplacer les albumines diverses et mêmes les vaccins dont elle possède le pouvoir de choc. Par sa spécificité elle pourrait déterminer dans l'organisme la formation d'une anti-pepsine qui s'opposerait à son action sur les parois du tube digestif. LOEPER ne pense pas à la possibilité de cette dernière action et pour lui les résultats obtenus doivent être attribués au phénomène de désensibilisation : les malades ulcéreux seraient des sujets hypersensibles à la pepsine. Pour d'autres auteurs, la pepsine agirait électivement sur le pneumogastrique et par son action vagotonique provoquerait la cicatrisation de l'ulcus. Pour MÜLLER la pepsine en injections aurait une action de cicatrisation sur toutes les plaies même banales et cette action générale pourrait se manifester dans les ulcères gastriques.

LOEPER emploie des solutions neutralisées de pepsine car celle trouvée dans le commerce est trop acide et trop caustique. Sa technique est la suivante : une première injection intra-musculaire de 1/4cc puis 1/2cc en augmentant de 1/4cc jusqu'à 2cc. Les ampoules contiennent 1 ou 2cc de solution de pepsine à 0gr.10 par cc.

Une série complète comprend 15 injections répétées trois fois par semaine. Après cette première série le malade peut rester sans traitement pendant 3 semaines, observant simplement un régime alimentaire large, peu restrictif. Si les douleurs reprennent pendant ce silence une deuxième série de 15 injections sera pratiquée, à raison de deux injections hebdomadaires seulement, si aucun trouble fonctionnel ne s'est manifesté. Toutefois on se laisse guider par la tolérance digestive du sujet et aussi par les résultats des examens radiographiques pour apprécier la fréquence et l'importance que l'on doit donner aux nouvelles séries d'injection.

Dix jours après la terminaison de chaque série d'injections il faut renouveler tous les examens cliniques et radiologiques. Le traitement est en général très bien supporté : l'injection n'est pas douloureuse et ne s'accompagne pas de phénomènes locaux importants. Ce pendant certains malades font après le début de la cure une légère élévation thermique à 38 ° qui ne suppose aucune contre-indication. Par contre d'autres ulcéreux se plaignent de douleurs à type coliques qui apparaissent de 1 à 7 heures après l'injection, durent quelques heures et s'accompagnent parfois de l'émission de selles diarrhéiques. Ces troubles disparaissent en général au cours de la deuxième série d'injections.

En Autriche, GLAESSNER, de Vienne, emploie une technique différente. Il stérilise la pepsine par filtrage sous pression, la neutralise par de l'acide carbonique la rendant ainsi inoffensive et la laissant cependant active. Il pratique deux séries par an, chacune de 30 injections : les trois premières à la dose de 0cc2, les trois suivantes à la dose de 0cc3 et ainsi de suite jusqu'à 0cc5. On pratique alors 12 injections à la même dose et les dernières injections de la série sont faites à la dose de 0,4cc, 0,3cc 0,2cc. Le malade subit par la suite une cure de consolidation pour éviter les récidives, formée d'une série de 30 injections. D'après la statistique de GLAESSNER le nombre de malades ainsi traités ne formerait que 10 % de récidives.

Cependant quelle que soit la technique : méthode de LOEPER ou de GLAESSNER certains malades : 20 % des sujets traités ne présentent pas de bénéfice de la pepsino-thérapie. Devant ces échecs DEBRAY et ROY ont essayé l'introduction du médicament par une autre voie : la voie intra-muqueuse. Ces auteurs n'ont pas obtenu de meilleurs résultats que précédemment.

III. — Opothérapie.

Le traitement opothérapique, le dernier venu, basé sur les différentes théories pathogéniques de l'ulcère présente de nombreux procédés nouveaux. Tous ces procédés ont à leur actif des résultats très encourageants. Il peut, à première vue, paraître paradoxal d'enregistrer des avantages avec des traitements forts différents par leur conception et leurs principes. Mais de tels faits s'expliquent devant l'incertitude où l'on est de l'étiologie et du mécanisme exact de l'ulcère de l'estomac. Il n'est donc pas étonnant qu'une thérapeutique qui tend à

modifier un de ces facteurs : locaux, infectieux, humoraux, nerveux, circulatoires, puisse améliorer certains ulcères. Tour à tour on a préconisé l'insuline ; FIESSLY, CADE et BARRAL, HOROWITZ. Les extraits pancréatiques désinsulinés. L'extrait du lobe postérieur de l'hypophyse. L'extrait para-thyroïdien (GROVES et WINES, ALKAN, MOUTIER, CAMUS).

1) *Insuline* :

FIESSLY, de Lausanne, publie la première observation de guérison après un traitement de trois mois par des injections d'insuline. Cet auteur l'utilise en se basant sur le fait que l'ulcère évolue sur un terrain d'acidose. Il l'emploie comme alcalinisateur et modificateur de de l'équilibre acido-basique. D'autres chercheurs basent leur prescription sur diverses actions éventuelles : action hypoglycémisante (KESSIAOFF), action hypervagotonique (SIMISKY), action anti-infectieuse (GOYENNE). CADE et BARRAL l'appliquent à 25 ulcéreux et concluent favorablement sur l'action de cette thérapeutique. Voici la technique qu'ils emploient ; administration journalière de 15 unités pendant 15 jours en donnant une demi heure avant l'injection de 20 à 30 grammes de glucose.

2) *Extraits pancréatiques désinsulinés* :

Pour VACQUEZ, GIROUX, KISTHINIOS, DIMITRACOF, l'activité de certaines insulines dans le traitement de l'ulcus serait due aux produits contenus dans les insulines non purifiées. Aussi pour ces auteurs la partie active de l'extrait pancréatique dans le traitement de l'ulcère serait essentiellement constituée d'une substance isolée sous le nom d'angioxyl. Cette substance douée d'un fort pouvoir

hypotenseur employée avec succès dans l'angine de poitrine donnerait d'excellents résultats en gastrologie et ne comporterait aucune contre indication. DIMITRACOFF préconise la méthode suivante :

Une injection quotidienne intra musculaire d'une ampoule de 2cc dans la région fessière.

Une cure comprend 10 à 30 injections. En outre, pendant la cure, repos au lit, et diète lacto-végétarienne, le malade passant progressivement à un régime de dyspeptique.

3) *Extrait du lobe postérieur de l'hypophyse.*

L'influence de l'hypophyse sur la sécrétion gastrique est étudiée d'abord par CASCAO, GAILTIER et LAPICERELLA. On n'y attache pas d'importance jusqu'au jour où DROUET et SIMONIN la constatent chez un malade atteint de polyurie insipide et en même temps d'ulcus gastro duodénal. En administrant l'extrait hypophysaire postérieur ils remarquent avec surprise qu'ils ont guéri l'ulcère digestif. Alors, ainsi que divers auteurs, ils établissent que les extraits hypophysaires inhibent la sécrétion gastrique. Et, si l'on considère que l'hyperchlorhydrie est l'un des facteurs toujours observé dans l'ulcère on est en droit d'espérer qu'une thérapeutique ayant pour effet la diminution de la sécrétion acide ne pourra qu'aider efficacement à la guérison. P. L. DROUET conduit le traitement de la façon suivante :

On injecte tous les jours sous la peau le contenu d'une ampoule d'extrait du lobe postérieur dosé au 1/4 de lobe, ou une ampoule byla contenant 40 unités.

Des doses plus fortes provoqueraient des phénomènes de vasoconstriction périphérique plus ou moins pénibles et surtout une augmentation des contractions gastriques pouvant donner des recrudescences de douleur.

La série est de 12 injections consécutives. Entre chaque série 8 à 10 jours de repos. Le nombre de séries varie de 1 à 2 dans l'hyperchlorydrie, à 4 ou 5 selon le cas d'ulcus envisagé. En cas de disparition des signes cliniques et radiologiques attestant la guérison, il y a avantage après un temps de repos, de 15 à 20 jours à faire une dernière série de consolidation et à attendre. D'autre part, l'amélioration des signes fonctionnels et généraux servira de signe d'arrêt, quand on s'est seulement proposé de préparer à l'acte chirurgical un malade porteur d'un ulcère que son étendue ou ses complications rendent justiciables du traitement opératoire.

L'horaire des injections semble sans importance. Toutefois comme le maximum de l'effet sur l'acidité est atteint 45 ou 60 minutes après la prise, DROUET conseille de faire l'injection de une à deux heures après le repas de midi par exemple. En outre, pour éviter un des principaux inconvénients de ce traitement : le spasme gastrique, l'auteur associe aux injections d'extraits de 20 à 30 gouttes de teinture de belladone, tout au moins pendant les premiers jours.

Le traitement hypophysaire par son action sur l'acidité gastrique et sur les symptômes cliniques, donnerait de bons résultats rapidement, mais comme tout traitement, il comporte des échecs et aussi quelques inconvénients dans son application. En effet, les pri-

cipes du lobe postérieur de l'hypophyse agissent sur les fibres musculaires lisses du tube digestif (estomac, vésicule biliaire, intestin) et de l'utérus. De plus il existe une action certaine sur diverses sécrétions (urinaires, lactées) et sur quelques métabolismes (sucre, lipides et eau). Par suite, l'emploi de cette méthode peut provoquer chez certains sujets des spasmes gastriques et intestinaux et aussi de la pâleur par effets vaso-constricteur périphérique. Mais ces réactions sont toujours bénignes. Cependant cette médication comporte deux contre indications formelles : l'hypertension et la grossesse.

4) *Extraits parathyroïdiens.*

Ce traitement procède des constatations biochimiques et des déductions pathogéniques admettant la tétanie au niveau de l'estomac, et les réactions vagues sur le métabolisme calcique. Le premier travail français sur la question est celui de MOUTIER et CAMUS. Il a été publié aux Archives des Maladies de l'Appareil digestif en décembre 1929. Cependant ce procédé thérapeutique avait été étudié et mis en pratique à l'étranger par GROVE et WINES en 1922, par PALIER en 1926, en Allemagne et par ALKAN en Amérique.

Les parathyroïdes sont décrites pour la première fois en 1880 par SAMSTRÖM. Leur ablation entraîne chez l'animal une diminution de la calcémie, et provoque des accidents tétaniques. Ces signes disparaissent chez les animaux traités par les injections d'hormone, les résultats pouvant être obtenus par injections sous cutanées, intra musculaires ou intra veineuses.

L'action du médicament sur l'équilibre acido basique du milieu sanguin se manifeste par :

— une augmentation du volume sanguin produisant des modifications de la viscosité sanguine.

— une diminution de la réserve alcaline.

— des modifications de la glycémie qui diminue après une injection intra veineuse.

— Une élévation de l'élimination calcique urinaire sous forme de phosphates et de carbonates inorganiques produisant une alcalose urinaire (FALTA et KAHN).

— de la bradycardie.

— Enfin et surtout par une diminution de l'acide chlorhydrique gastrique, de l'acidité totale et du chlore combiné.

Ces différents phénomènes provoqués par la parathormone ont donné lieu à diverses théories pathogéniques de l'ulcère qui justifient l'emploi des extraits parathyroïdiens dans le traitement de cette maladie. PALIER, de New-York, parle d'une modification de l'équilibre vago-sympathique de l'organisme se produisant à la suite d'un déséquilibre endocrinien pouvant mettre en cause : la glande thyroïde, les glandes génitales et surtout les parathyroïdes, soit isolément, soit en commun. Pour d'autres auteurs, l'origine de l'ulcus résiderait dans la rupture de l'équilibre acide base. L'attaque de la paroi gastrique favorisée par la stase serait facilitée par des modifications de la constitution chimique du sang et des humeurs. Chez les ulcéreux l'alcalinité générale des humeurs est très accusée. Le rôle des parathyroïdes qui régissent la calcémie serait de ce fait considérable. Et les variations périodiques de l'équilibre

acide base d'un même individu sous l'influence de causes diverses : biologiques, organiques, saisonnières, expliqueraient la caractère cyclique de la maladie.

ALKAN soutient que le déficit calcique engendré par l'insuffisance parathyroïdienne déterminerait un déséquilibre vago-sympathique avec hypervagotonie. C'est cette hypervagotonie qui provoquerait les contractions spasmodiques qui créeraient à leur tour une irritation locale ou gêneraient la cicatrisation des érosions accidentelles de la muqueuse et les transformerait en ulcères durables. On a également pensé que les injections répétées d'hormones parathyroïdiennes augmentaient d'une façon considérable la quantité de mucus sécrété. Et l'on s'est demandé si l'action thérapeutique favorable des extraits parathyroïdiens n'était pas due en grande partie à une exagération de la formation de la mucine. Celle-ci jouant un rôle protecteur de la muqueuse et plus particulièrement au niveau des lésions ulcéreuses.

De toute cette pathogénie, il est probable que la parathyroïde intervient de différentes manières ; soit, par son action trophique, par l'augmentation de l'élimination calcique au niveau de l'estomac, soit par l'accroissement du passage des leucocytes, soit plutôt par toutes ces actions à la fois. ALKAN le premier, emploie l'hormone parathyroïdienne en injections et non plus en extraits administrés par voie buccale. Cependant quelques auteurs préfèrent les extraits buccaux totaux qui seraient plus riches en parathormones.

L'extrait parathyroïdien se trouve dépourvu de danger et n'a jamais présenté de graves intolérances. Cependant MOUTIER donne une contre indication : l'hypercalcémie.

Il serait donc désirable de toujours faire la dosage du calcium sanguin avant de commencer un traitement. L'intolérance qui peut se manifester même avec de petites doses se caractérise par des vomissements (ce qui est rare) et par une exacerbation des douleurs (ce qui est plus fréquent); mais ces spasmes seraient rapidement jugulés par la teinture de belladone ou le sulfate d'atropine. En somme il n'y aurait pas de contre indication absolue.

GROVE et VINES ont des résultats cicatrisants en 1922 et MOUTIER et CAMUS publient leurs essais en 1929 avec 44 % de succès. Ils administrent l'hormone parathyroïdienne seule sans traitement adjuvant. Voici la technique employée par ces auteurs :

Injections quotidiennes intra musculaires. Pendant 5 jours, 10 unités collip par jour ; puis les 5 jours suivants : 15 unités collip par jour. Après 10 jours de repos, on pratique une injection de 5 unités par jour pendant 15 jours.

Monsieur le Professeur BAUMEL l'emploie la première fois en 1929 avec des résultats satisfaisants et actuellement, par sa technique il obtient 80 % d'amélioration, mais il y associe toujours au traitement opothérapique général un pansement gastrique au bismuth.

5) *Méthode de Monsieur le Professeur BAUMEL.*

Cet auteur emploie :

1) la parathyrone ou les extraits parathyroïdiens toujours en injections sous cutanées : une ampoule de 1 cc soit 10 unités collip par jour, une piqûre tous les deux jours.

La série est de 12 injections. On pratique 3, 4, 5, 6 séries par an selon les réactions de la lésion ulcéreuse cliniquement et radiologiquement.

2) le bismuth (sous nitrate ou carbonate) par prises échelonnées dans la journée, en trois fois réalisant une dose totale journalière de 10 grammes : au petit déjeuner, midi et 7 heures pendant 10 jours, repos 10 jours et recommencer.

Bien que le bismuth ne constipe pas à cette dose, pour éviter cet inconvénient possible chez certains malades, il est prescrit sous forme de bismullium (dans cette préparation le sous nitrate de bismuth est combiné au psyllium).

3) La teinture de belladone ou le sulfate d'atropine ; si présence de spasmes :

Teinture de belladone 20 à 30 gouttes par 24 heures par doses progressives.

Sulfate neutre d'atropine : de 1/2 à 2 milligrammes par jour en augmentant peu à peu.

OBSERVATIONS

Voici le protocole des 40 observations de malades de clientèle, dues à l'obligeance de Monsieur le Professeur BAUMEL. Tous les diagnostics ont été rigoureusement contrôlés tant par la radiographie que par les examens cliniques complémentaires.

OBSERVATION 1. — GA... Sète, âgé de 42 ans.

Consulte en 1928 pour troubles gastriques. Souffre de crises paroxystiques se produisant deux ou trois fois l'an, caractérisées par douleurs et vomissements rythmés par l'alimentation.

Examen radiographique — Ulcus bulbaire net.

Traitement institué ; revient en Juillet 1934 présentant les mêmes signes. En outre amaigrissement marqué. Le traitement est continué : amélioration, disparition des signes. Ne continue plus à se soigner. Consulte de nouveau en Juillet 1941 pour une hématemèse importante ; remis au traitement : résultats bons ; le poids augmente passant de 68 kg. à 74,200.

OBSERVATION 2. — RO... Jujes, Avignon, âgé de 48 ans.

Consulte en 1930 pour troubles gastriques paroxystiques datant de plusieurs années. Se plaint de douleurs à types de crampes durant 15 jours à trois semaines. Périodes calmes de 3 ou 4 mois (aurait eu en 1925 une hémorragie intestinale. En 1928 est opéré d'un calcul rénal gauche. Présente un autre calcul dans le rein droit.

Examen radiographique — Niche bulbaire caractéristique.

Traitement médical institué ; amélioration ; le poids passe de 70 kg. à 80 kg. 400. Les douleurs ont disparu.

Revient en 1937 avec un syndrome de sténose pylorique. Le poids est de 67 kg. 500. Remis au traitement, le poids passe à 73 kg. En 1941 présente de nouveau un syndrome sténosant aigu, paroxystique, qui cède au régime de sténose institué par M. le professeur Baumel appelé en consultation. Revu de nouveau à plusieurs reprises. Le traitement est continué, le poids de 63 kg. devient 69 kg. 500. Mais les douleurs se reproduisant et les transports se faisant de plus en plus difficiles, l'opération est décidée en Avignon : Gastrectomie, suite normale.

OBSERVATION 3 — R1... Marcel, Oloron, âgé de 35 ans.

Consulte en Avril, car souffre depuis 4 ou 5 ans de douleurs gastriques, de nausées, rythmées par l'alimentation. Douleurs survenant par périodes de plusieurs semaines. Périodes calmes de 4 ou 5 mois.

Examen radiographique — Ulcus bulbaire : encoches nombreuses au niveau des grande et petite courbures.

Traitement médical institué : amélioration, le poids devient 76 kg. (au début de la maladie valait 74 kg.).

OBSERVATION 3 — R1.. Marcel, Oloron, âgé de 35 ans.

Consulte en 1933 pour un syndrome de sténose pylorique paroxystique. Se plaint de douleurs durant 15 jours, rythmées par l'alimentation. Périodes de calme de 2 mois. Souffrirait depuis 10 ans de vomissements liquides, alimentaires, sans aliments des repas de la veille.

Examen radiographique — Flou de la région pylorique. Pylore sensible, peu mobile. Evacuation lente, non terminée après 15 heures.

Traitement médical institué. Revue jusqu'en 1937. Disparition des douleurs et des symptômes ; poids passé de 53 kg. 100 à 57 kg.

OBSERVATION 5. — SO... Auguste, Sauvian, 59 ans.

Consulte en 1933, car présenterait depuis plusieurs années des crises annuelles de 15 jours-un mois, caractérisées par douleurs diverses, rythmées par l'alimentation. Chaque crise provoquant un amaigrissement marqué d'une dizaine de kilos.

Examen radiographique — Ulcus de la petite courbure avec biloculation gastrique.

Traitement médical institué ; amélioration nette. Les crises s'espacent : une crise tous les 2 ou 3 ans, et leur importance diminue. Malade revu périodiquement jusqu'à la guerre de 1940..

OBSERVATION 6. — BER... Léon, Saint-Geniez-des-Mourgues, 37 ans.

Consulte en décembre 1934 pour douleurs gastriques dont le début remonte à 1919. Souffre de crises paroxystiques durant trois semaines, un mois : douleurs journalières rythmées par l'alimentation. Périodes de calme de plusieurs mois.

Examen radiographique — Ulcère de la petite courbure.

Traitement médical institué : amélioration. Suivi pendant un an. Ne reconsulte qu'en Juin 1941 pour une recrudescence des crises paroxystiques ; ayant les mêmes caractères que précédemment. De 1935 à 1941 n'a suivi aucun traitement. On institue un nouveau traitement médical par la parathyrone. Persistance des crises douloureuses qui deviennent même

permanentes. Intervention conseillée : gastrectomie. Suites opératoires normales, amélioration ; poids passé de 70 kg. à 73 kg. 600.

OBSERVATION 7. — Madame MAL...Gramond, 45 ans.

Consulte en Octobre 1934, car présente depuis quelque temps des digestions difficiles avec douleurs post prandiales, de façon continue.

Examen radiographique — Ulcus bulbaire : déformation de la grande courbure et encoche spasmodique du côté

Traitement médical institué : amélioration nette.

OBSERVATION 8. — CAB... Adrien, Mauguio, 43 ans.

Consulte en 1935, car souffre depuis 1925 de crises paroxystiques caractérisées par des douleurs, des aigreurs, réglées par l'alimentation, quelques vomissements.

Examen radiographique — Ulcus bulbaire net, niche importante.

Traitement médical institué ; poids de 70 kg. 700. Se soigne irrégulièrement. Revu en décembre 1940, le poids n'est plus que de 58 kg. 600. Le traitement est renouvelé. Le poids passe à 54 kg. 300, l'état général s'améliore. Depuis aucun trouble gastrique.

OBSERVATION 9 — CRES... Georges, Clermont-Ferrand, 33 ans,

Consulte en 1935, car présentait, par crises, des vomissements alimentaires avec aliments des repas de la veille, tous les matins et du ballonnement. Crises de deux mois. Périodes calmes de 6 mois.

Examen radiographique — Niche bulbaire.

Traitement médical et régime sont institués : amélioration. Les crises ont tendance à se reproduire quand le régime est abandonné. Suivi jusqu'en 1938. Depuis, aucun traitement.

Revu en avril 1942 pour substénose : intervention conseillée...

OBSERVATION 10 — AIM... Yvon, Barbentane, 36 ans.

Consulte en 1936 pour crises douloureuses d'une durée de trois semaines. Douleurs journalières rythmées par l'alimentation. Le début remonterait à 1931.

Examen radiographique — Ulcus bulbaire sans phénomène de sténose.

Traitement médical institué : amélioration; le poids passe de 53 kg. 300 à 56 kg. 200. Suivi pendant 2 ans.

OBSERVATION 11. — BORR... Alfred, Corbières, 33 ans.

Consulte en 1936 pour douleurs gastriques tardives qui auraient débuté en 1932. Douleurs transfixiantes et irradiations dans l'hypocondre gauche. Crises douloureuses de 15 jours à trois semaines avec anorexie. Périodes de calme de plusieurs mois.

Examen radiographique — Niche en plateau importante au niveau de l'incisure angulaire de la petite courbure (ulcus de la petite courbure).

Traitement médical institué amélioration rapide. Le poids passe de 64 kg. à 69 kg. 500. Etat général parfait.

OBSERVATION 12. — Madame BOU... Marcelle, Ruoms, 40 ans.

Consulte en mars 1936 pour perte d'appétit, ballonnement, renvois en salves immédiatement après les repas. Pas de vomissements.

Examen radiographique — Retard de l'évacuation gastrique, évacuation non terminée après 10 heures. Niches pyloriques.

Traitement médical institué, amélioration. Les symptômes disparaissent et le poids de 45 kg. devient 49 kg. 500.

OBSERVATION 13. — Madame BOY... Montpellier, 41 ans.

Consulte en Septembre 1936 pour douleurs gastriques provoquées par l'alimentation, survenant par crises de 1 ou deux mois, douleurs à type de brûlure. Quelques vomissements alimentaires, parfois sanguinolents. Périodes de calme de 6 à 8 mois.

Examen radiographique — Déformation diverticulaire avec gros ulcus des faces.

Traitement médical institué : le poids de 59 kg. passe à 67 kg. 500. Disparition des signes divers.

OBSERVATION 14. — CAT... Camille, La Vernarède, 39 ans.

Consulte en septembre 1936 pour un syndrome appendiculaire et gastrique. Souffre de douleurs variées survenant par crises paroxystiques de 15 jours et rythmées par l'alimentation. Périodes de calme de plusieurs mois. En outre, ce malade présente des réactions sérologiques spécifiques, fortement positives.

Examen radiographique — Niche pylorique caractéristique.
Traitement médical institué, en outre, appendicectomie.

En 1938, hématomèse importante, intervention : gastro-entérostomie. Depuis, état général, parfait.

OBSERVATION 15. — CHA... Félix, St-Martin-de-Valgagues, 59 ans.

Consulte en décembre 1936 pour douleurs gastriques survenant après les repas. Souffrirait depuis 1916 et aurait fait des hématomèses en 1920, 1932, 1936.

Les douleurs sont journalières et provoquées par l'alimentation.

Examen radiographique — Ulcus de la petite courbure.

Traitement médical institué, le poids passe de 67 kg. à 70 kg. 400 ; amélioration des signes. Ne revient plus.

OBSERVATION 16. — FERR... Eloi, St-Jean du Barry, 57 ans.

Consulte en novembre 1936 pour douleurs gastriques suivant immédiatement les repas et accompagnées de vomissements aigres comme du vinaigre. Pas de périodes bien déterminées.

Examen radiographique — Bulbe en trèfle avec niche de la grande courbure.

Traitement médical institué : résultat excellent, poids de 59 kg. passé à 65 kg. Malade suivi jusqu'en 1940.

OBSERVATION 17. — FOSS... Laurent, Digne, 57 ans.

Consulte en 1936, car souffre depuis 1932 de douleurs gastriques à type de pesanteur, de tiraillements durant plusieurs heures. Ces douleurs qui s'irradient dans l'hypocondre gauche, sont calmées par l'alimentation. Sont continuelles, mais présentent des paroxysmes tous les trois ou quatre mois.

Examen radiographique : Ulcus de la petite courbure.
Traitement institué, le poids passe de 53 kg. à 53 kg. 800.
Etat général excellent.

OBSERVATION 18. — GAR... Jean, Arles, 35 ans.

Consulté en mars 1936, car souffre depuis 1932 de vomissements acides sans aliments de la veille, et de brûlures gastriques provoqués par l'alimentation. Ces douleurs surviennent par crises de deux mois, suivies de périodes calmes de plusieurs mois.

Examen radiographique — Ulcus prépylorique au niveau de la petite courbure.

Traitement médical institué : le poids passe de 51 kg. 400 à 54 kg. 300. Malade suivi jusqu'en 1938.

OBSERVATION 19. — Madame GLA... Eugène, Maillac (Aude), 45 ans.

Consulte en mars 1936 car se plaint de digestion difficile, de douleurs épigastriques et lombaires rythmées par les repas. Aurait présenté une hématurie en 1934. Souffrirait de crises douloureuses depuis l'âge de 21 ans. Ces crises sont de trois semaines, un mois et sont suivies d'une période de repos de plusieurs mois.

Examen radiographique — Ulcus bulbaire. Tous les plis convergent vers un plan central constitué par la niche.

Traitement médical institué. Amélioration nette, à tous points de vue.

OBSERVATION 20. — HAR... Paul, Lavérune, 57 ans.

Consulte en septembre 1936, car souffre depuis quelque temps de tiraillements gastriques et de sialorrhée. Ces douleurs surviennent par périodes plus ou moins longues et plusieurs heures après les repas. Sont calmées par l'alimentation.

Examen radiographique — Ulcus bulbaire net.

Traitement médical institué ; le poids passe de 65 kg. à 77 kg. Malade revu périodiquement. Etat gastrique actuel-excellent malgré la perte de poids due sans doute aux restrictions (poids : 61 kg.).

OBSERVATION 21. — LAC... Ludovic, Millau, 41 ans.

Consulte en Juin 1936 pour ballonnements et lourdeur gastrique rythmés par l'alimentation et survenant par périodes de un ou deux mois. Aurait présenté en mai 1930 une hématomèse assez importante.

Examen radiographique — Ulcus pylorique.

Traitement médical institué : excellents résultats. Les troubles disparaissent. Actuellement, état général et gastrique bons.

OBSERVATION 22 — LAM... Pierre, Montagnac, 22 ans.

Le malade fait en 1936 une hématomèse dramatique qui provoque la consultation.

Examen radiographique et gastro-photographie — Ulcus de la petite courbure, du pylore au cardia.

Intervention conseillée : gastro-entérostomie suivie d'un traitement médical : amélioration à tous points de vue ; poids de 75 kilos - marié.

OBSERVATION 23 — LAR... Louis, Saint-Geniès-des-Mourgues, 50 ans.

Consulte en septembre 1936, car souffre de douleurs gastriques par périodes de un mois rythmées par l'alimentation. Parfois vomissements alimentaires sans aliments de la veille.

Examen radiographique — Ulcus de la petite courbure avec image stellaire.

Traitement médical : amélioration. Poids de 65 kilos passe à 67 kilos.

OBSERVATION 24 — MICH., Pierre, Arles, 38 ans.

Consulte en novembre 1936 en pleine crise pour ballonnements, crampes et vomissements liquides calmant les douleurs. Les troubles apparurent en 1928 et depuis se manifestèrent par poussées de trois à quatre semaines suivies de longues périodes de calme.

Examen radiographique — Gros ulcus de la petite courbure.

Traitement médical : amélioration. Le poids augmente ; actuellement pèse 73 kg. 700.

OBSERVATION 25 — NEG., Théophile, Bessèges, 55 ans.

Consulte en octobre 1936 car souffre de l'estomac depuis 1930. Se plaint de crises douloureuses paroxystiques de trois semaines, un mois, rythmées par l'alimentation. Les crises douloureuses se manifestent par des brûlures et des renvois acides. Poids est de 52 kg.

Examen radiographique — Ulcus bulbaire.

Traitement médical institué.

Revu en 1941 pour vomissements liquides avec aliments de la veille. Le poids n'est plus que de 49 kg., intervention conseillée : gastrectomie en mars 1941. Suites opératoires bonnes.

OBSERVATION 26 — POR., Vincent, Baillargues, 43 ans.

Consulte en octobre 1936 car depuis un an manque d'appétit, souffre de douleurs et de nausées après les repas. Ces douleurs surviennent par crises de trois semaines, un mois, et sont suivies de périodes de calme de 8 à 10 mois.

Examen radiographique — Ulcère bulbaire de face sans sténose.

Traitement médical : le poids passe de 53 kg. à 59 kg. Disparition des signes.

OBSERVATION 27 — RIO... Albert, Le Vigan, 35 a..s.

Consulte en septembre 1936 car se plaint de douleurs gastriques à type de brûlures rythmées par les repas et survenant par crises de trois semaines, un mois. Périodes calmes de quatre à six mois. Poids est de 65 kg.

Examen radiographique — Niche visible sur une face du bulbe. On note en outre des déformations de la grande et de la petite courbure. Pas de phénomènes de sténose.

Traitement médical : amélioration considérable. Le poids s'élève à 72 kg. 500.

OBSERVATION 28 — Mme VIL... Fernande, La Vernèrède, 33 ans.

Consulté en septembre 1936 car se plaint de ballonnements provoqués par l'alimentation. Ces troubles survenant par périodes variables s'étendant de sept ou huit jours à trois mois. Périodes calmes de une à plusieurs années.

Examen radiographique — Ulcus sur le bord gauche du duodénum, à la base du triangle duodénal.

Traitement médical institué : amélioration rapide. Poids stationnaire à 42 kg.

OBSERVATION 29 — AND... Victorin, La Bachelerie, 51 ans.

Consulte en octobre 1937 car se plaint de lourdeurs d'estomac, de crampes, de ballonnements, surtout durant deux ou trois mois, survenant par périodes, tous les six à huit mois. Poids : 65 kg.

Examen radiographique — Ulcère de la petite courbure.

Traitement médical : amélioration nette et rapide. Poids : 68 kg.

OBSERVATION 30 — ALR... Jean, St-Afrique, 32 ans.

Consulte en novembre 1937, car a présenté des hématé-mèses et du moelena. Pas de symptômes douloureux.

Examen radiographique — Aspect en trèfle du bulbe duo-déual. Niche ulcéreuse visible en couche mince au niveau du duodénum.

Traitement institué : amélioration, pas de nouvelles hématé-mèses. Revu en décembre 1938 ; en août 1940 état général bon. poids de 65 kg.

OBSERVATION 31 — DAY... Victor, Alès, 30 ans.

Consulte en mars 1937 pour douleurs digestives à type d'aigreur, et pour vomissements alimentaires sans aliments de la veille. Ces troubles rythmés par l'alimentation survenant par périodes de trois à quatre jours tous les deux ou trois mois. Présente en outre un dégoût alimentaire pour les poissons, la volaille. Le poids est de 58 kg.

Examen radiographique — Niche sur la petite courbure du pylore.

Traitement institué : le poids s'élève à 60 kg. 600 ; ac-tuellement les bons résultats persistent.

OBSERVATION 32 — DES... Jean, Alès, 37 ans.

Consulte en avril 1937 pour douleurs gastriques à type de crampes rythmées par l'alimentation. Quelques vomissements alimentaires, sans aliments de la veille. Souffre par périodes de deux à trois semaines. Périodes de calme de plusieurs mois.

Examen radiographique — Bulbe à aspect déchiqueté en flamme de bougie. Plis œdematiés. Niche entourée d'un halo.

Traitement : le poids passe de 55 kg. à 60 kg.

OBSERVATION 33 — HAY... Marc, Montpellier, 34 ans.

Consulte en mars 1937 pour douleurs gastriques post prandiales rythmées par l'alimentation, parfois accompagnées de vomissements, sans aliments de la veille. Survenant par périodes de un ou deux mois.

Examen radiographique — Ulcère de la petite courbure.

Traitement médical institué : le poids passe de 53 kg. 200 à 54 kg. 500. Amélioration notable de l'état général.

OBSERVATION 34 — SA... Léon, Saint-Geniez-de-Malgoires, 43 ans.

Consulte en février 1937 car se plaint de douleurs gastriques avec ballonnements, vomissements alimentaires, une heure après les repas, survenant tous les jours par périodes de quinze jours. Présence d'aliments de la veille. Périodes de calme de plusieurs mois.

Examen radiographique — Ulcus prépylorique légèrement sténosant.

Poids : 46 kg. Traitement médical institué : amélioration, mais le malade ne consulte pas régulièrement...

OBSERVATION 35 — H... Paul, Avignon, 35 ans.

Consulte en avril 1937 pour douleurs à type de crampes et pour vomissements rythmés par l'alimentation. Ces troubles survenant par périodes de un mois. Périodes de repos de quatre ou cinq mois. Poids : 58 kg., 800.

Examen radiographique — Ulcus bulbaire.

Traitement institué : amélioration rapide, le poids augmente à 68 kg.600. Malade suivi régulièrement jusqu'en mars 1938. Nouvelle poussée en 1939 : le traitement médical institué alors échoue : gastro-entérostomie. Suites opératoires excellentes. Actuellement état gastrique et général bons.

OBSERVATION 36. — VIA... Pierre, Sète, 38 ans.

Consulte en février 1937 pour ballonnements continuels, pas de brûlures, ni de renvois. Aurait présenté en octobre 1936 une hématomèse avec subictère.

Examen radiographique — Niche de la petite courbure. Image stellaire.

Traitement médical institué : amélioration notable ; cessation des troubles. Le poids s'élève à 75 kg.800.

OBSERVATION 37. — CO... de M..., Barcelone, 48 ans.

Malade ayant subi en 1933 une gastro-entérostomie. Consulte en septembre 1938, car se plaint depuis un an de ballonnements épigastriques avec douleurs post prandiales localisées dans la même région. Pas de vomissements, pas de nausées. Aurait présenté des crises identiques en 1932 avant son opération.

Examen radiographique — Bouche fonctionnant mal : pylore redevenu perméable.

Traitement médical institué : amélioration rapide qui persiste. Le poids augmente et passe de 54 kg.400 à 56 kg.600.

OBSERVATION 38. — CAT... Clément, Vaucluse, 38 ans.

Consulte en 1939 pour douleurs gastriques survenant par périodes de six mois. Douleurs tardives, avant les repas, calmées par l'alimentation.

Examen radiographique — Ulcus d'une face gastrique, visible en couche mince.

Malgré le traitement médical institué, les douleurs persistent, et le poids diminue passant de 59 kg. 200 à 54 kg. 300. Intervention conseillée : gastro-entérostomie, en février 1940.

Suites opératoires excellentes. En août 1941 état stomacal bon : poids = 56 kg. 850. En janvier 1942 vu en consultation à Pyolan pour tuméfaction inguinale gauche. Rétrocession. Quelques semaines plus tard, exitus par congestion pulmonaire à type spléno-pneumonique avec atteinte de la séreuse péritonéale.

OBSERVATION 39. — CAS... Alexis, Monaco, 30 ans.

Consulte en juin 1939, car souffre de brûlures gastriques, journalières, rythmées par l'alimentation, pendant 15 jours ou trois semaines. Périodes de calme de trois ou quatre mois. A déjà présenté des crises analogues il y a quatre ou cinq ans.

Examen radiographique — Ulcus bulbaire net.

Traitement médical institué : amélioration, le poids passe de 85 kg. à 86 kg. 800. En outre les douleurs disparaissent. Le malade est suivi jusqu'en 1940. Présentait alors un état gastrique et général excellent.

OBSERVATION 40. — CAT... Pierre, Sète, 44 ans.

Consulte en juillet 1940, car se plaint de douleurs en ceinture survenant tous les jours, tardives, réveillant le malade la nuit vers 2 ou 3 heures du matin. Aurait commencé à souffrir à l'âge de 22 ans. Ces douleurs surviennent par crises de quinze jours à trois semaines. Périodes de repos de cinq à six mois.

Examen radiographique — Bulbe déformé, niche ulcéreuse à la base du bulbe.

Traitement médical institué : résultats excellents et rapides. Reprise du poids qui passe de 55 kg. à 60 kg. 400.
L'amélioration persiste : le malade est revu périodiquement.

DISCUSSION

Sur 40 cas il a été obtenu 85 % de résultats favorables sans avoir obtenu d'échec total.

Les niches ont disparu après un certain temps, ce qui est commun à la plupart des traitements, mais ce qui frappe dans l'action de l'extrait parathyroïdien c'est sa rapidité d'action.

L'influence sur la sécrétion est manifeste :

l'acidité chlorhydrique diminue aussitôt après le début du traitement.

L'action sur la douleur, sur les troubles fonctionnels, sur l'état général, est excellent et surtout très rapide. En cela nos observations ne font que confirmer celles des auteurs qui ont utilisé ce produit. Dès la deuxième ou quatrième injection les douleurs cessent à peu près complètement, les vomissements disparaissent, le malade engraisse.

Plus difficile est la recherche de la guérison complète qui est bien souvent difficile à affirmer.

Lorsque l'indication opératoire a été posée, elle le fut à la suite de l'échec de la médication, de la persistance des crises douloureuses, des conditions sociales de vie du sujet ou d'une complication.

Le traitement parathyroïdien peut donc provoquer la suppression d'une poussée évolutive d'un ulcère gastro

duodénal ; et dans d'autres cas, il constitue pour ainsi dire un bon traitement pré-opératoire permettant une intervention chirurgicale réduite au minimum, et pratiquée sur un patient dans de meilleurs conditions.

De plus l'inocuité absolue de l'extrait permet l'essai de cette médication chez tout ulcéreux.

INDICATIONS OPÉRATOIRES

Malgré l'existence de nombreux traitements médicaux beaucoup d'ulcéreux, non seulement ne guérissent pas, mais évoluent vers de graves complications. Aussi de nombreux chirurgiens se sont-ils orientés d'une façon exclusive vers le traitement opératoire. Et, actuellement on se trouve en présence de deux Ecoles :

L'une considère l'ulcère comme une manifestation d'un trouble général et donne la première place au traitement médical, la cure radicale ne constituant qu'un procédé palliatif.

L'autre, ne voit dans les effets du traitement médical qu'une rémission de la maladie et préconise le traitement chirurgical de tous les ulcères diagnostiqués. Pour celle-ci la maladie ulcéreuse serait le résultat d'un trouble fonctionnel et d'un vice des conditions de sécrétion au niveau de l'antrum pylorique.

Cependant, quelle que soit sa propre tendance, il existe pour tous les auteurs des indications opératoires dont la plus nette est constituée par : *L'échec du traitement médical*. On considère que ce traitement n'a pas eu de succès lorsque l'un des signes cliniques ou radiologiques persiste. Et nous dirons avec MM. les Professeurs BAUMEL et ROUX « tout malade qui après un traitement scrupuleusement observé, présente un ou plusieurs signes de la maladie ulcéreuse doit être traité chirurgicalement ».

D'autres considérations doivent également intervenir dans la détermination du traitement, une des plus importantes est : *La condition sociale du sujet*. Aussi le traite-

ment chirurgical sera-t-il conseillé aux malades qui, en raison de leurs occupations, ne peuvent se soumettre ni aux rigueurs d'un traitement de longue durée, ni à celles d'un régime alimentaire, et qui de plus risqueraient des complications redoutables (perforations, hémorragies, dégénérescence cancéreuse) au cours de leurs déplacements (marins, coloniaux).

Enfin *les complications de l'ulcère gastro duodéal*, accidents graves posent des indications chirurgicales absolues : formelles s'il s'agit d'une sténose pylorique, elles sont urgentes en présence d'une perforation ou d'une hémorragie importante.

CHOIX DE LA METHODE CHIRURGICALE.

Deux méthodes s'offrent aux chirurgiens : une méthode d'exérèse ; une méthode de dérivation.

On estimait il y a quelques années que les conditions de la gastrectomie étaient exceptionnelles et qu'il fallait la réserver aux ulcères géants, surtout hauts situés, aux ulcères multiples et enfin aux ulcères récidivés. Actuellement outre ces indications qui sont toujours péremptaires, on tend grâce aux progrès des techniques de la chirurgie gastrique, à étendre de plus en plus les indications de cette opération.

En effet, la gastro-entérostomie, opération de dérivation était surtout préconisée en raison de son faible pourcentage de mortalité et de ses procédés faciles. Mais il semble que de nos jours les succès de la gastro-entérostomie soient moins constants, ou moins complets. Et ces partisans mêmes ne l'indiquent plus que dans les ulcères du duodénum qui dégénèrent rarement, et dans ceux du pylore s'accompagnant de sténose cicatricielle ; sténose mécanique. Car en dehors de ces indications pré-

cises, la gastro-entérostomie donne des résultats variables et le nombre des échecs est important (environ 40 %). En particulier, elle a peu d'effet sur les ulcères de la petite courbure et ne modifie pas les ulcères calleux. De plus elle a le gros inconvénient de laisser en place un ulcère qui peut évoluer et se compliquer.

La résection, par contre, supprime la lésion et évite toutes complications directes : hémorragie, perforation, dégénérescence. Elle évite aussi des complications infectieuses, et les récidives en faisant disparaître les zones de gastrite et elle permet l'extirpation des ulcères multiples. Toutes les variétés d'ulcères autres que les ulcères sténosants du pylore sont justiciables de la gastrectomie.

Malheureusement cette opération est difficile et choquante. Aussi nécessite-t-elle un praticien entraîné à la technique de la chirurgie gastrique et un sujet dans un état physique aussi bon que possible. Mais en se plaçant dans ces conditions on arrive à un taux de mortalité opératoire faible (3 %) et à des résultats cliniques immédiats et lointains parfaits.

CONCLUSIONS

Le nombre et la diversité des traitements médicaux nous montrent qu'il n'y a pas encore de vrai traitement spécifique de l'ulcère gastro duodénal.

Mais en présence d'un malade atteint d'un ulcère de CRUVEILHIER simple, on devra :

Toujours essayer le traitement médical et de préférence le traitement préconisé par Monsieur le Professeur BAUMEL : Extraits parathyroïdiens associés au pansement gastrique bismuthique, qui semble donner le maximum de succès.

Ce traitement sera institué pendant un an, au moins dans le cas d'ulcères à paroxysmes multiples dans une année, et pendant une plus longue période dans les ulcères à paroxysmes très distants les uns des autres. Dans ce dernier cas, la période de traitement devra être plus longue que la plus longue phase antécédente d'accalmie.

Si malgré le traitement médical dûment ordonné l'ulcère continue à évoluer, il est justiciable de la chirurgie.

BIBLIOGRAPHIE

- ALKAN — Facteurs endocriniens dans la genèse et le traitement de l'ulc. de l'estomac. Arch. f. Verdauungs kranheiten, 1926.
- ARON — Recherches sur l'ulcère expérimental et sur le rôle des acides aminés dans son évolution. Thèse, Strasbourg, 1933.
- ARON — Le traitement de l'ulc. gastro duod. par l'histidine. Presse Médicale, juillet, 1935.
- ARON — Considérations sur les traitements médicaux de l'ulcus gastro duodénal. (Journal belge gastro-entéro, juin 1937).
- BAILLET Pierre — De l'inefficacité des injections d'histidine pour guérir l'ulc. gastro duod. (Archives Hospit., 1936, N° 5).
- BALFOUR — Résultats de la gastro-entéro dans les ulc. de l'estomac et du duodénum. (Ann. of Surgery, Oct. 1930).
- BAUMEL (J.) — La Pratique gastro entérologique (sous presse). Doin.
- BECQUET — Action thérapeutique de la Parathyrone, Thèse, Nancy, 1937.
- BROUSTEAM, C. STRAT et TAINTE — Arch. des Mal. de Appar. digest. Traitement de l'ulc. gastro duod. par la pepsine. (févr. 1934).
- CADE et BARRAL — Technique et résultats du traitement insulinique de l'ulc. gastro duod.)Soc. Méd. Hôp. Lyon, 1930).

- CADE et BARRAL — Insulinothérapie dans les ulc. gastro duod. (Journ. Méd. franç., mars 1935).
- CARNOT — Etat actuel de la question du traitement médical de l'ulc. gastro duod. (Paris Méd., Avril, 1934).
- DEBRAY — Les injections de pepsine dans le traitement des ulc. gastr. et duod. (Arch. Mal. App. digest, 1922).
- DELOYERS (L.) — Que penser de l'histidine, thérapeutique nouvelle des ulc. gastro duod. (Nouvelles Méd. illustrées, N° 9, septembre 1934).
- DIMITRACOFF — Extrait pancréat. désinsuliné et ulc. gastro duod. chronique. (Arch. Mal App. digest, mars 1931).
- DROUET et SIMONIN — Action de l'extrait post hypophysaire sur la sécrétion gastrique. Application au trait. de l'hyperchlorydrie et de l'ulc. gastro duod. (Bulletin des Acad. de Médecine, janvier 1932).
- DROUET — Le trait. de l'hyperchlorydrie et de l'ulc. gastro duod. par l'extrait du lobe postérieur de l'hypophyse. (Masson et Cie, édit., Paris, 1933).
- DURAND et GUTMANN — Les résultats éloignés du traitement des ulcus gastro duod. par l'extrait parathyroïdien. (Soc. de gastro entéro de Paris. (Séance du 11 mai 1931).
- DUVAL — Ulc. gastr. en évolution et G. E. (Bulletin et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris, 12 décembre 1933).
- DUVAL — De la gastrectomie large d'emblée dans les stenoses pyloriques. (Presse Méd., 9 mai 1934).

FEISSLY — Ulc. gastr. à répétition traité par l'insuline.
(Soc. gastr. entéro. de Paris, février 26).

FOGELSON — Trait. de l'ulc. de l'estomac par la mucine.
)Journal of Americ. Méd. assoc., févri. 1931.

FORTES et BAUER — Considérations sur le mode d'admini-
stration de l'histidine dans l'ulc. gastro duodéal.
(Soc. biolog. Strasbourg, déc. 1934).

GALLART et MONES — Sur le trait. médic. de l'ulc. de
la petite courbure. (Soc. de gastr. ent. de Paris,
8 oct. 1928).

GIRAULT A. — La vaccinothérapie dans l'ulcus. (Journ.
Méd. franç. mars 1935).

GLAESSNER — (Presse Médicale, 13 janvier 1932). Trai-
tement de l'ulc. gastro duod. par la pepsine.

GOSSET — Rapport au XL^e Congrès franç. de Chir. oct.
1931.

GROVE et VINES — Les déficits en calcium ; leur trait.
par l'extrait parathyroïdien. (British Méd. Journ.
20 mai 1922.

GUTMANN (R.-A.) — Les critères de guérison des ulc.
gastr. et duod. (La Presse Méd., 21 oct. 1931).

GUTMANN (R.-A.) — Les syndromes douloureux de la
région épigastrique. (Doin, 1934).

GUTMANN (R.-A.) — Sur la conception générale du
trait. méd. chez les ulcéreux. (Journ. belge gas-
tro entéro, 1937).

HAYEM — (Communicat. à la Soc. Méd. Hôp. Paris,
27 Nov. 1931).

- HERFORT K. — Le métabolisme des acides aminés dans les ulc. gastr. duod. (Presse Méd., N° 82, Oct. 1937).
- HUGONOT J. — Extraits parathyroïdiens dans le trait. des ulc. gastr. duod. (La Sc. Méd. prat., 15 juin 1932).
- HUGONOT J. — Extraits parathyroïdiens dans le trait. des ulc. gastr. duod. (Arch. Malad. App. digest., (Oct. 1931).
- KISTHINIOS — Action de l'insuline. (Bull. Accad. de Méd., 27 nov. 1928).
- LE NORMAND — A propos du trait. des ulc. gastr. et duod. par les acides aminés. (Soc. de Chir. Rapport du Professeur Duval, juin 1933).
- LE NORMAND — Traitement des ulc. gastr. et duod. par les ac. aminés. (Paris Méd., juin 1933).
- LERICHE — Réflexions sur l'évolut., la nature et le traitement des ulc. gastr. et duod. (Presse Méd., 5 août 1933).
- LERICHE — Réflexions sur 235 opérations pour ulc. de stom. et du duod. (Soc. chir. de Lyon, mars, 1933).
- LERICHE — De la gastrectomie pour réduction de l'acidité dans les ulc. inélevables de l'estom. (Lyon Chir. Sept. 1935).
- LEVY M. et E. LEVY — Les résultats éloignés du traitement des ulc. gastr. duod. par l'extrait parathyr. (Arch. des Malad. App. dig. avril 1931).
- LOEPER et DEBRAY — Inject. de pepsine. (Soc. de Biol. 1921).
- LOEPER — L'utilisation des inject. de pepsine. (Acad. de Médec. 1929).

LOEPER — Le Trait. de l'ulc. par les inject. hypodermiques de pepsine. (Arch. Malad. App. digest., 1931).

MATHIEU (A.) et J.-C. ROUX — Patho. gastro intest. Doin, 1923.

MOUTIER et CAMUS — Recherches sur le trait. de l'ulc. gastr. par l'hormone parathyroïdienne. (Arch. Mal. App. digest. Déc. 1929).

MOUTIER et CAMUS — Nouvelles recherches. (Arch. Mal. App. digest. 1931).

MOUTIER — Les possibilités et les limites du trait. Méd. de l'Ulc. gastr. duod. (Revue belge des Sc. Méd. Nov. 1935).

OURY P. et OLIVIER — Les trait. biologiques modernes de l'ulc. gastr. duod. (Bull. Genève de Thérap. 1934).

PALIER — Etiologie endocrin. de l'ulc. de l'estom. et son traitement par les Extr. parathyroïdiens. (Arch. f. Verdauungs krankheiten, 1926).

»

id.

(Bull. Méd., Paris, N° 29, 10 juil. 1926).

(Bull. Méd., Paris, N° 37, 10 Sept. 1927).

PIERI J. — Du trait. de l'ulc. gastr. par les Extr. parathyroïd. (Marseille Médic., 1935).

PUECH, VIDAL, RIMBAUD — Le trait de l'ulc. gastr. par les inject. de pepsine. (Montpellier Médical, févr. 1931).

ROUX (J.-C.) — Les résultats éloignés du traitement Médico Chir. des ulcérat. de estomac et du duod. (Arch. Mal. App. digest., juillet 1932).

SIEGLER (E.) — Valeur comparée des différ. trait. méd.
de l'ulc. gastr. duod. (Paris, Librairie M. Vigné).

SIMICI, POPESCO, DIDULESCO — Action de l'insuline sur
l'estom. à l'état normal et patholog. (Arch. Malad.
App. digest. 1927).

SOUTIER et CAMUS — Nouvelles recherches sur le trait.
de l'ulc. de l'estomac par l'hormone parathyroïd.
(Arch. Malad. App. digest. 1929).

STOLZ et WEISS — Le trait. des ulc. gastr. duod. par
l'histidine. (Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir. fév.
1935, mars 1935).

S E R M E N T

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je reste fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

**TRAITEMENT MÉDICAL DE L'ULCÈRE SIMPLE
GASTRO DUODÉNAL**

Indication Chirurgicales

par JEAN HEYRAUD.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 29 Juin 1942.

Le Professeur,
BAUMEL.

Vu :

Montpellier, le 29 Juin 1942.

Le Doyen,
G GIRAUD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 30 Juin 1942.

Le Recteur,
J. SARRAILH.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les
opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées
doivent être considérées comme propres à leur auteur ;
qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



EX TYPIS

CHASTANIER FRÈRES ET ALMERAS

NIMES — MCMXLII

